



# WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami. W przypadku nie zakreślenia okienka zgody, odpowiedź uważana będzie za negatywną, w przypadku istnienia wariantów odpowiedzi prosimy wybrać właściwe pole i zakreślić je znakiem „x”.  
Wypełniony druk należy przelać – na adres: STUnŻ ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot – listem poleconym lub osobiście dostarczyć do siedziby Towarzystwa.

## I. DANE POŚREDNIKA (WYPEŁNIA POŚREDNIK JEŻELI UMOWA ZAWIERANA JEST ZA JEGO POŚREDNICTWEM)

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Dane pośrednika<br>(imię i nazwisko, adres email, numer telefonu) | Numer umowy<br>agencyjnej |
|---|---------------------------|

## II. BADANIE POTRZEB KLIENTA (OD POZYTYWNEJ ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA UZALEŻNIAMY ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA)

|  |
|--|
| <p><b>Wypełnia poszukujący ochrony:</b></p> <input type="checkbox"/> zapoznałem się z OWU IK 01/15, z informacjami o produkcie ubezpieczeniowym (ROZDZIAŁ III poniżej), z informacjami o zakresie ubezpieczenia, okresie na jaki zawierana jest umowa ubezpieczenia oraz zasadach jej przedłużania i związanej z nim zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej (ROZDZIAŁ IV poniżej),<br><input type="checkbox"/> otrzymałem informację od Ubezpieczającego z umowy grupowego ubezpieczenia o zakresie ubezpieczenia indywidualnej kontynuacji, wysokości sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej,<br><input type="checkbox"/> proponowane ubezpieczenie indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie na warunkach określonych w OWU IK 01/15 (z uwzględnieniem karencji, ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela) oraz zakres ubezpieczenia, są zgodne z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie poszukiwanej ochrony ubezpieczeniowej. |
|--|

## III. INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM

Poniżej przedstawione informacje o produkcie ubezpieczeniowym nie są wyczerpujące. Pełne informacje podane są w OWU IK 01/15.

Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w OWU IK 01/15.

|   |   |
|---|---|
| Ubezpieczyciel  | Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, dalej: ERGO Hestia  |
| Typ ubezpieczenia   | Indywidualna kontynuacja grupowego ubezpieczenia na życie, Dział I, Grupa 1 i 5   |
| OWU IK 01/15  | Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin (kod IK 01/15) wraz z Załącznikiem nr 1 (zasady oceny ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu), wraz z Anekssem, łącznie dalej: OWU IK 01/15  |
| Cel produktu  | Ochrona życia i zdrowia ubezpieczonego na całym świecie.  |
| Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela | W produkcie występują karencje (okres braku odpowiedzialności) oraz wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności (sytuacje, w których Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia ubezpieczeniowego lub sytuacje, w których Ubezpieczyciel jest uprawniony do obniżenia świadczenia). Szczegółowe zasady odpowiedzialności Ubezpieczyciela, definicje poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, karencje, ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz zasady ustalania składki ubezpieczeniowej określone są w OWU IK 01/15.   |
| Kto może być ubezpieczony?                                  | Były pracownik ubezpieczającego objęty ubezpieczeniem grupowym przez okres co najmniej 6 miesięcy lub były pracownik ubezpieczającego, objęty ubezpieczeniem grupowym przez okres co najmniej 1 miesiąca jeżeli umowa o pracę wiążącą go z ubezpieczającym, została rozwiązana z powodu reorganizacji lub likwidacji zakładu pracy;<br>Pracownik ubezpieczającego przebywający na urlopie macierzyńskim, wychowawczym lub urlopie bezpłatnym;<br>Małżonek lub partner i pełnoletnie dziecko – pod warunkiem indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia przez pracownika.  |
| Okres trwania umowy   | Umowa roczna z możliwością przedłużenia na kolejne okresy 12-miesięczne.  |
| Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy                         | Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi oświadczenie w tym przedmiocie.<br>Jeżeli koniec okresu wypowiedzenia, ustalonego w sposób wskazany w zdaniu poprzednim, nie przypada w ostatnim dniu okresu, za który opłacona jest składka ubezpieczeniowa, okres wypowiedzenia ulegnie zmianie. W tej sytuacji umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu na koniec okresu, za który opłacona jest składka ubezpieczeniowa i w trakcie którego doszło do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.<br>Oświadczenia o odstąpieniu lub wypowiedzeniu umowy mogą być złożone w formie pisemnej lub w inny sposób ustalony pomiędzy stronami. |
| Sposób opłacenia składek i okresy płatności                 | Przelew przez Ubezpieczającego na indywidualny numer konta bankowego wskazany w polisie. Kwartalna częstotliwość opłacania składki zgodnie z terminem wskazanym w polisie.  |
| Zgłaszanie roszczeń   | Elektronicznie pod adresem <a href="https://zgloszenieroszczenia.ergohestia.pl">https://zgloszenieroszczenia.ergohestia.pl</a> , a także listownie na adres ERGO Hestii.  |

## IV. ZAKRES UBEZPIECZENIA, OKRES NA JAKI ZAWIERANA JEST UMOWA UBEZPIECZENIA, ZASADY JEJ PRZEDŁUŻANIA I ZWIĄZANEJ Z NIM ZMIANY WYSOKOŚCI SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Wariant ubezpieczenia zależy od wariantu wybranego przez Ubezpieczającego w umowie grupowej, którego dotyczy umowa indywidualnej kontynuacji\*

| Wariant Podstawowy                                      | Wariant Rozszerzony   | Wariant Maksymalny   |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego | <input checked="" type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego<br><input checked="" type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku<br><input checked="" type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input checked="" type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego<br><input checked="" type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku<br><input checked="" type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku<br><input checked="" type="checkbox"/> Zgon małżonka<br><input checked="" type="checkbox"/> Zgon małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku<br><input checked="" type="checkbox"/> Osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego<br><input checked="" type="checkbox"/> Zgon dziecka<br><input checked="" type="checkbox"/> Zgon rodzica/teścia<br><input checked="" type="checkbox"/> Urodzenie się dziecka<br><input checked="" type="checkbox"/> Urodzenie martwego noworodka<br><input checked="" type="checkbox"/> Poważne zachorowanie Ubezpieczonego<br><input checked="" type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku |

\* W ramach pakietu rozszerzonego lub maksymalnego, wobec osób, które obejmowane są ochroną po ukończeniu 70 roku życia lub w roku w którym osiągną ten wiek, jak również począwszy od rocznicy polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 70 lat, Ubezpieczyciel wypłaca, na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu.

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony – do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę polisy. Umowa ubezpieczenia będzie przedłużana na kolejne okresy 12-miesięczne, chyba że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel, najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy, złożą na piśmie oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia lub o gotowości przedłużenia umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia, o nieprzedłużeniu umowy lub o gotowości jej przedłużenia na zmienionych warunkach, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia okresu umowy.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy m.in. od taryfy ubezpieczeniowej i może ulec zmianie m.in. w wyniku przedłużenia umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach, o którym mowa w pkt. 2. powyżej. Warunki przedłużenia okresu umowy zostaną ustalone w drodze wzajemnych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, w trybie określonym w §5 OWU IK 01/15.

## V. DANE UBEZPIECZONEGO (WYPEŁNIA UBEZPIECZONY)

UBEZPIECZONY W UMOWIE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA = UBEZPIECZAJĄCY W UMOWIE INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI

|  |   |                                   |                    |
|--|---|-----------------------------------|--------------------|
| Imię _____   |   |                                   |                    |
| Nazwisko _____   |   |                                   |                    |
| PESEL _____  | Płeć<br><input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M | Data urodzenia (DD:MM:RRRR) _____ | Obywatelstwo _____ |
| Seria i numer dokumentu<br>stwierdzającego tożsamość _____ |   | Państwo urodzenia _____           |                    |

Czy osoba ubiegająca się o indywidualne kontynuowanie grupowego ubezpieczenia na życie jest (prosimy zaznaczyć właściwy kwadrat)?

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Byłym pracownikiem | <input type="checkbox"/> Współmałżonkiem byłego pracownika | <input type="checkbox"/> Inna osoba (jaka?) ..... |
|---|--|---|

**VI. DANE ADRESOWE (PROSIMY O PODANIE STAŁEGO ADRESU ZAMIESZKANIA)**

|                     |             |                   |              |
|---------------------|-------------|-------------------|--------------|
| Kraj                | Miejscowość | Kod               |              |
| Poczta              | Ulica       | Numer domu        | Numer lokalu |
| Telefon stacjonarny |             | Telefon komórkowy |              |
| E-mail*             |             |                   |              |

\*podanie e-mail jest wymagane w przypadku zawierania umowy na odległość.

**VII. ZGODA NA PRZEŚLANIE INFORMACJI O UBEZPIECZENIU NA E-MAIL**

|  |   |
|--|---|
| Wyrażam zgodę na użycie przez ERGO Hestia podanego przeze mnie adresu e-mail w celu przedstawienia informacji o Ubezpieczeniu Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, w tym OWU IK 01/15 (zgodą wymagana w przypadku zawierania umowy indywidualnej kontynuacji na odległość). | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
| Wnioskuje o przesyłanie przez ERGO Hestia korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail) na podane przeze mnie dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych. (Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się objęcia ochroną w ramach umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie. W przypadku wycofania zgody prosimy o przestanie decyzji na Druku zmian.) | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK |
|--|---|

**VIII. ADRES KORESPONDENCYJNY (PROSIMY WYPEŁNIĆ JEŻELI JEST INNY NIŻ STAŁY ADRES ZAMIESZKANIA)**

|        |             |            |              |
|--------|-------------|------------|--------------|
| Kraj   | Miejscowość | Kod        |              |
| Poczta | Ulica       | Numer domu | Numer lokalu |

**IX. DANE Z POLISY**

|                                  |  |  |
|----------------------------------|--|--|
| Nazwa dotychczasowego pracodawcy |  |  |
| Numer polisy grupowej            | Numer potwierdzenia objęcia umową grupowego ubezpieczenia na życie |  |

**X. BENEFICJENCI GŁÓWNI**

(PROSIMY O WSKAZANIE BENEFICJENTÓW – W RAZIE BRAKU WSKAZANIA BENEFICJENTA – UPRAWNIONE DO ŚWIADCZENIA SĄ OSOBY WSKAZANE W OGÓLNYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA)

| Nazwisko i imiona | Data urodzenia | Miejsce urodzenia | Stopień pokrewieństwa | Kwota [w %] |
|-------------------|----------------|-------------------|-----------------------|-------------|
| 1.                |                |                   |                       |             |
| 2.                |                |                   |                       |             |
| 3.                |                |                   |                       |             |
| Suma              |                |                   |                       | 100%        |

**XI. BENEFICJENCI DODATKOWI**

(WYPŁATA BENEFICJENTOWI DODATKOWEMU ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO NASTĄPI TYLKO W PRZYPADKU, GDY ŻADNEMU Z BENEFICJENTÓW GŁÓWNYCH NIE PRZYSŁUGUJE ŚWIADCZENIE LUB WSZYSCY BENEFICJENCI GŁÓWNI NIE ŻYJĄ)

| Nazwisko i imiona | Data urodzenia | Miejsce urodzenia | Stopień pokrewieństwa | Kwota [w %] |
|-------------------|----------------|-------------------|-----------------------|-------------|
| 1.                |                |                   |                       |             |
| 2.                |                |                   |                       |             |
| 3.                |                |                   |                       |             |
| Suma              |                |                   |                       | 100%        |

**XII. INNE ZMIANY**

Dyspozycje innych zmian

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**XIII. PODSTAWA INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE**

|   |   |
|---|---|
| Data zatrudnienia przez pracodawcę (DD:MM:RRRR)   | Okres, za który opłacano składkę w grupie |
| Podstawa indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie (prosimy wpisać przyczynę opuszczenia grupy) |   |



Oświadczam, że przed złożeniem niniejszego wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie dystrybutor ubezpieczeń:

- zbadał i określił moje wymagania oraz potrzeby ubezpieczeniowe (weryfikacja potrzeb Klienta w Rozdziale II),
- przekazał mi wymagane ustawą z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (dalej: „ustawa o dystrybucji”) obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym (informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte w niniejszym wniosku),
- przekazał mi wymagane ustawą o dystrybucji informacje o dystrybutorze.

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie oraz innych dokumentach przedłożonych ERGO Hestii w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem, stanowiły podstawę do zawarcia wnioskowanej umowy ubezpieczenia.

|             |   |                       |
|-------------|---|-----------------------|
| Miejscowość | Data (DD:MM:RRRR)<br><input type="text"/> | Podpis Ubezpieczonego |
|-------------|---|-----------------------|

Prosimy o wpłacenie pierwszej kwartalnej składki ubezpieczeniowej na rachunek bankowy: Pekao SA: 85 1240 1053 1111 0010 3349 5816 w tytule wpłaty prosimy wpisać: IK. Niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony przez ERGO Hestię wyłącznie w przypadku otrzymania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego. Wraz z niniejszym wnioskiem prosimy o dostanie kserokopii dowodu wpłaty pierwszej składki ubezpieczeniowej oraz kopii dokumentu tożsamości (dla celów bezpieczeństwa zalecamy przekreślenie kopii dokumentu tożsamości i opatrzenie jej opisem „Dokument przekazywany do przetwarzania ERGO Hestii w celach objęcia ochroną”).

#### XVII. OŚWIADCZENIA POŚREDNIKA – DYSTRYBUTORA UBEZPIECZEŃ

Oświadczam, iż przed złożeniem niniejszego wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie:

- przeprowadziłem badanie potrzeb oraz wymagań ubezpieczeniowych Ubezpieczającego, w rozumieniu ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (dalej: „ustawa o dystrybucji”) (weryfikacja potrzeb Klienta w Rozdziale II),
- przekazałem Ubezpieczającemu wymagane ustawą o dystrybucji obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym (informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte w niniejszym wniosku),
- przekazałem Ubezpieczającemu wymagane ustawą o dystrybucji informacje o dystrybutorze ubezpieczeń,
- doręczyłem Ubezpieczającemu OWU IK 01/15 do proponowanego produktu ubezpieczeniowego.

Potwierdzam, że wszystkie informacje i oświadczenia składane w niniejszym wniosku o zawarcie indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie przez Ubezpieczającego w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia zostały złożone po zweryfikowaniu poprawności jego danych na podstawie okazanego dokumentu tożsamości.

#### XVIII. PODPIS POŚREDNIKA – DYSTRYBUTORA UBEZPIECZEŃ

|                 |             |   |
|-----------------|-------------|---|
| Imię i nazwisko | Miejscowość | Data (DD:MM:RRRR)<br><input type="text"/> |
|-----------------|-------------|---|

#### XIX. WYPEŁNIA STUnŻ ERGO HESTIA SA

|  |  |
|--|--|
| Typ ubezpieczenia grupowego                                |  |
| Data rozpoczęcia ochrony w ostatnim potwierdzeniu grupowym |  |
| Data zakończenia ochrony w ostatnim potwierdzeniu grupowym |  |
| Wysokość składki należnej z tytułu IKG                     |  |
| Wysokość wpłacanej składki                                 |  |
| Data wpływu pierwszej składki na konto Ubezpieczyciela     |  |
| Data rozpoczęcia ochrony w polisie IKG                     |  |
| Uwagi  |  |

#### XX. PODPIS UPOWAŻNIONEGO PRACOWNIKA

|                 |             |   |
|-----------------|-------------|---|
| Imię i nazwisko | Miejscowość | Data (DD:MM:RRRR)<br><input type="text"/> |
|-----------------|-------------|---|

#### INFORMACJA DLA KONSUMENTÓW ZAWIERAJĄCYCH UMOWĘ INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE NA ODLEGŁOŚĆ

1. Umowa indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie zawierana jest z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopotcie, przy ul. Hestii 1; (dalej: „ERGO Hestia”), wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ, VIII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000024807, NIP 585-12-45-589, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 64.000.000 zł, działającą na podstawie zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Jeżeli przy zawieraniu umowy indywidualnej kontynuacji w imieniu ERGO Hestii działa przedstawiciel, to podaje on swoje imię i nazwisko (nazwę) oraz adres zamieszkania (siedziby) w Rzeczypospolitej Polskiej przy pierwszym kontakcie z konsumentem.
3. Wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia może zostać złożony w okresie pierwszych trzech miesięcy licząc od końca miesiąca kalendarzowego, za który opłacono ostatnią składkę ubezpieczeniową w ramach umowy grupowej. Umowa indywidualnej kontynuacji może zostać zawarta jeżeli konsument ma prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia zgodnie z OWU IK 01/15 oraz umową grupowego ubezpieczenia.
4. Wypełniony wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji należy przelać listownie na adres ERGO Hestii, pośrednika ubezpieczeniowego lub osobiście dostarczyć do jej siedziby. ERGO Hestia będzie porozumiewała się z konsumentem za pomocą poczty elektronicznej na adres e-mail lub listownie na adres korespondencyjny konsumenta.
5. Istotne właściwości świadczenia i jego przedmiot określają Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin (kod IK 01/15), dalej: OWU IK 01/15, oraz polisa ubezpieczeniowa. Zakres ubezpieczenia zależy od pakietu świadczeń wybranego przez Ubezpieczającego w umowie grupowego ubezpieczenia, którego dotyczy umowa indywidualnej kontynuacji i może to być:
  - pakiet maksymalny (zgon ubezpieczonego, zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, zgon małżonka, zgon małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, zgon rodzica, zgon teścia, zgon dziecka, urodzenie się dziecka, urodzenie martwego noworodka, osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego, poważne zachorowanie ubezpieczonego, leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku), albo
  - pakiet rozszerzony (zgon ubezpieczonego, zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku), albo
  - pakiet podstawowy (zgon ubezpieczonego).Bez względu na obowiązujący pakiet ubezpieczenia, dla osób, które obejmowane są ochroną po ukończeniu 70 roku życia lub w roku w którym osiągną ten wiek, jak również poczwąszy od rocznicy polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 70 lat, warunki ubezpieczenia ulegają zmianie, zgodnie z zakresem obowiązującym w pakiecie podstawowym, tj. zakres ochrony Ubezpieczonego ulega ograniczeniu do świadczenia za Zgon Ubezpieczonego.
6. Koszty oraz termin i sposób świadczenia ochrony ubezpieczeniowej określają OWU IK 01/15 oraz umowa ubezpieczenia potwierdzona polisą. Wysokość składki ubezpieczeniowej i sumy uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wycieczna jest na podstawie przyjętego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia w umowie grupowej oraz na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia lub przedłużenia umowy indywidualnej kontynuacji. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana kwartalnie. Wpłata na poczet pierwszej składki powinna zostać dokonana w dniu składania przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji. Wszystkie kolejne składki powinny być opłacane przelewem bankowym z góry, do daty, z którą stają się one wymagalne. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy m.in. od taryfy ubezpieczeniowej i może ulec zmianie m.in. w wyniku przedłużenia umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach, o którym mowa w pkt. 10. poniżej. Warunki przedłużenia okresu umowy zostaną ustalone w drodze wzajemnych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, w trybie określonym w § 5 OWU IK 01/15. Opłaty związane z płatnościami składek ubezpieczeniowych oraz podatki obciążają Ubezpieczającego.
7. Informacja o zakresie ubezpieczenia indywidualnej kontynuacji, wysokości sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej, przekazywane są przez Ubezpieczającego z umowy grupowego ubezpieczenia lub przez ERGO Hestię na adres e-mail. Informacja o składce ubezpieczeniowej ma charakter wiążący przez trzy miesiące.
8. W przypadku umowy indywidualnej kontynuacji zawieranej na odległość, Ubezpieczający może odstąpić od umowy w formie pisemnej w terminie 30 dni od dnia poinformowania o zawarciu umowy ubezpieczenia (otrzymaniu polisy). Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia, na zasadach, o których mowa w zdaniu poprzedzającym umowa ubezpieczenia uważana jest za niezawartą, ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a składka zostaje zwrócona w pełnej wysokości.
9. W związku z korzystaniem ze środków porozumiewania się na odległość konsument ponosi koszty opłat pobieranych przez jego operatorów środków porozumiewania się na odległość (dostawcy internetu konsumenta, operatorzy telefoniczni konsumenta).

10. Umowa indywidualnej kontynuacji zawierana jest na czas określony - do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę polisy. Umowa ubezpieczenia będzie przedłużana na kolejne okresy 12-miesięczne, chyba że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel, najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy, złoży na piśmie oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia lub o gotowości przedłużenia umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy lub o gotowości jej przedłużenia na zmienionych warunkach, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia okresu umowy.
11. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony (beneficjent główny lub dodatkowy) lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłosić zastrzeżenie dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię (reklamacja):
  - 1) poprzez formularz na stronie internetowej; [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl); 2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555; 3) pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot; 4) ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce ERGO Hestii.
12. Strony umowy ubezpieczenia mogą poddać spory pod rozstrzygnięcie sądu polubownego. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a ERGO Hestią mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym – Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, [www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl), który jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowych postępowań w świetle przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
13. Językiem stosowanym w relacjach ERGO Hestii z konsumentem jest język polski.
14. Prawem właściwym, które stanowi podstawę dla stosunków ERGO Hestii z konsumentem przed zawarciem umowy oraz prawem właściwym do zawarcia i wykonania umowy jest prawo polskie.
15. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

#### INFORMACJE O ZAKŁADZIE UBEZPIECZEŃ

podawane zgodnie z obowiązkiem wynikającym art. 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 o dystrybucji ubezpieczeń i dotyczy przypadków gdy umowa indywidualnej kontynuacji jest zawierana bez udziału pośrednika

#### NAZWA FIRMY ORAZ ADRES JEGO SIEDZIBY:

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA  
z siedzibą w Sopocie (81-731 Sopot) przy ul. Hestii 1.

#### INFORMACJA O CHARAKTERZE WYNAGRODZENIA, OTRZYMYWANEGO PRZEZ OSOBY WYKONUJĄCE CZYNNOŚCI DYSTRYBUCYJNE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ W ZWIĄZKU Z PROPONOWANYM ZAWarciEM UMOWY UBEZPIECZENIA:

Osoby wykonujące czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń otrzymują wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę. Ponadto, mogą otrzymywać od zakładu ubezpieczeń także wynagrodzenie innego rodzaju – w postaci korzyści ekonomicznych lub zachęt finansowych i niefinansowych (np. finansowanie szkoleń, konkursów lub innych działań wspierających dystrybucję ubezpieczeń).

#### INFORMACJA O MOŻLIWOŚCI ZŁOŻENIA REKLAMACJI, WNIESTENIA SKARGI ORAZ POZASĄDOWEGO ROZWIĄZANIA SPORÓW:

Reklamacja, skarga może być złożona w następujący sposób:

1. Ubezpieczający, ubezpieczony, beneficjent lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, a także poszukujący ochrony ubezpieczeniowej (Klient) mogą wnieść reklamację dotyczącą usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz Agentów wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego ubezpieczyciela.
  - 1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:
    - poprzez formularz na stronie: [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl);
    - telefonicznie, pod numerem: 801 107 107, 58 555 55 55;
    - pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO na Życie Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
    - ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.
  - 2) Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd ERGO Hestii.
  - 3) Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną – na wniosek osoby zgłaszającej reklamację.
  - 4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację Klient zostanie poinformowany w 30-dniowym terminie.
  - 5) W niestandardowych sprawach Klient może zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl).
  - 6) Klient może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego [www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl).
3. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez tzw. multiagenta, to jest Agentów, który działa w imieniu lub na rzecz ERGO Hestii oraz innych ubezpieczycieli – w zakresie niezwiązanych z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.

Reklamacje w zakresie niezwiązanych z udzielaną ochroną ubezpieczeniową należy składać bezpośrednio Agentowi, który świadczył usługi w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Reklamacje rozpatrywane są bezpośrednio przez tego Agentów. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaże reklamację niezwłocznie Agentowi, informując o tym jednocześnie Klienta występującego z reklamacją.